|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【鶏（卵・血液）】試験依頼書**  記入日　　　　年　　　　月　　　　日　太枠内の記入をお願いします。 | | | | | 受付番号 | |  |
| 事業所名 | |  | | | 受付日 | | 年　　　月　　　日 |
| 所　　属 | |  | | | ご担当 | | 様 |
| 所在地 | | 〒 | | | 電　話 | |  |
| E-mail | |  | | | ﾌｧｸｼﾐﾘ | |  |
| ご依頼の目的 | | ・品質管理　・調査研究　・流通販売　・クレーム処理  ・栄養表示　・公用　・その他（　　　　　　　　　） | | | 報告 | | □郵送　□メール　□ﾌｧｸｼﾐﾘ |
| 検体情報を記載し、検査項目にチェックを入れてください。 | | | | | | | |
| 検体名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検体数 | | | | | | | |
| 卵 | 中身 | □　一般生菌数＋大腸菌群数＋サルモネラ菌　□　黄色ブドウ球菌 | | | | | |
| 卵殻  表面 | □　一般生菌数＋大腸菌群数＋サルモネラ菌　□　黄色ブドウ球菌 | | | | | |
| 卵質 | □　ハウユニット | | | | | |
| 品質 | □　残留抗生物質検査　□　栄養成分分析 | | | | | |
| 血液 | 鶏マイコプラズマ症 | □　マイコプラズマ・ガリセプティカム（ＭＧ） | | | | | |
| □　マイコプラズマ・シノビエ（ＭＳ） | | | | | |
| その他 | | □　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 検査結果についてご説明が必要であれば左欄にチェックを入れてください。 | | | | | □ 必要 | | |
| 検体は冷蔵便での送付をよろしくお願い致します。  ご不明な点があればお問い合わせください。 | | | | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **お問い合わせ・検体送付先：** | | | |  | | | |
| 株式会社AHC付属病院 | | | 〒371-0831　群馬県前橋市小相木町343-1 | | | (電話：027-253-1515　ﾌｧｸｼﾐﾘ：027-252-9369) | |
| 弊社の検査利用規約にご承諾をお願いします。ご依頼を以て検査利用規約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。 | | | | | | | |
| Copyright © 1977 AHC Inc. All Right Reserved.　Rev：1.01 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【鶏（卵・血液）】試験依頼書**  記入日　　　　年　　　　月　　　　日　太枠内の記入をお願いします。 | | | | | 受付番号 | | **記入例** |
| 事業所名 | | 株式会社AHC | | | 受付日 | | 年　　　月　　　日 |
| 所　　属 | | 品質管理室 | | | ご担当 | | 品質　太郎　　　　　　　　様 |
| 所在地 | | 〒371-0831  群馬県前橋市小相木町343-1 | | | 電　話 | | 012-3456-7890 |
| E-mail | | 123abc@efg.com | | | ﾌｧｸｼﾐﾘ | | 012-3456-7891 |
| ご依頼の目的 | | ・品質管理　・調査研究　・流通販売　・クレーム処理  ・栄養表示　・公用　・その他（　　　　　　　　　） | | | 報告 | | ☑郵送　□メール　□ﾌｧｸｼﾐﾘ |
| 検体情報を記載し、検査項目にチェックを入れてください。 | | | | | | | |
| 検体名称　　鶏卵（採卵日2018年10月10日）　　　　　　　検体数　１パック | | | | | | | |
| 卵 | 中身 | ☑　一般生菌数＋大腸菌群数＋サルモネラ菌　□　黄色ブドウ球菌 | | | | | |
| 卵殻  表面 | □　一般生菌数＋大腸菌群数＋サルモネラ菌　□　黄色ブドウ球菌 | | | | | |
| 卵質 | □　ハウユニット | | | | | |
| 品質 | □　残留抗生物質　□　栄養成分分析 | | | | | |
| 血液 | 鶏マイコプラズマ症 | □　マイコプラズマ・ガリセプティカム（ＭＧ） | | | | | |
| □　マイコプラズマ・シノビエ（ＭＳ） | | | | | |
| その他 | | □　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 検査結果についてご説明が必要であれば左欄にチェックを入れてください。 | | | | | □ 必要 | | |
| 検体は冷蔵便での送付をよろしくお願い致します。  ご不明な点があればお問い合わせください。 | | | | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **お問い合わせ・検体送付先：** | | | |  | | | |
| 株式会社AHC付属病院 | | | 〒371-0831　群馬県前橋市小相木町343-1 | | | (電話：027-253-1515　ﾌｧｸｼﾐﾘ：027-252-9369) | |
| 弊社の検査利用規約にご承諾をお願いします。ご依頼を以て検査利用規約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。 | | | | | | | |
| Copyright © 1977 AHC Inc. All Right Reserved.　Rev：1.01 | | | | | | | |